

La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ?

Madeleine Akrich et Bernike Pasveer

Revue française d'administration publique, 76, pp.575 à 584.

Malgré une prise en charge systématique des accouchements en milieu hospitalier, malgré le développement et l'utilisation de techniques toujours plus sophistiquées, malgré le niveau élevé des dépenses de santé, les performances périnatales françaises apparaissent comme très médiocres comparées à celles des autres pays européens. La France était en 86-87 au 10ème rang mondial pour la mortalité infantile (décès avant un an), au 12ème rang pour la mortalité périnatale (nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours)¹, et surtout semble avoir un taux de mortalité maternelle important.² Bien sûr, il est toujours possible de contester les comparaisons statistiques : le mode de prélèvement des données, la définition même de ce qui est comptabilisé peuvent être sensiblement différents d'un pays à l'autre. Quoi qu'il en soit, le constat a réussi à émouvoir le gouvernement qui, à deux reprises, a chargé le haut comité de la santé publique d'analyser la situation et de formuler des recommandations quant à la politique à mener. Les conclusions des experts telles que présentées dans les rapports remis au gouvernement ont suscité des polémiques assez vives dans les milieux médicaux.

La sociologie des sciences a montré à quel point les controverses constituaient des situations appropriées pour l'analyse des interrelations entre sciences, techniques et société : dans ces moments de chaude discussion, les protagonistes sont conduits à expliciter les hypothèses sur lesquelles ils s'appuient et à rendre visibles les liens qu'ils établissent entre leurs activités de recherche et des préoccupations sociales, économiques, éthiques etc. Dans la première partie de cet article, nous adopterons le même parti méthodologique et nous décrirons les différentes conceptions de la sécurité périnatale qui s'expriment dans les rapports comme dans les contestations de ces rapports : nous montrerons en particulier qu'au delà des divergences d'opinion qui sont réelles, un certain nombre de points communs émergent dans les différents

¹ chiffres du World Health Statistics 1991 cités par (Haut comité de la santé publique, 1994).

² Une équipe de l'INSERM a réalisé dans les années 90-92 une enquête détaillée sur ce thème (Bouvier-Colle, et al., 1994), qui montrait que les statistiques officielles sont largement sous-évaluées : en analysant 68 dossiers de morts maternelles, les chercheurs se sont aperçus que seuls 41 d'entre eux avaient été comptabilisés par l'INSEE. Ils ont donc estimé que la mortalité maternelle réelle se situait aux alentours de 18 pour 100 000 naissances au lieu de 10 pour 100 000 comme on l'évalue habituellement, chiffre qui plaçait la France au 11ème rang de l'Europe des 12. Plus encore, ils ont confié une quarantaine de dossiers à un comité d'experts qui a conclu que, dans environ deux cas sur trois les décès étaient évitables.

discours, points communs qui concernent à la fois la définition médicale de l'accouchement, la définition des modalités de sa surveillance et la répartition des compétences entre les différents professionnels impliqués. Dans une seconde partie, nous nous appuyons sur l'organisation néerlandaise qui se présente comme un contre-exemple au cas français. Alors qu'en France, l'amélioration des performances périnatales a toujours été pensée en termes de médicalisation accrue, confrontés au même problème, les néerlandais ont mis en place une forme d'organisation qui, appuyée sur une séparation stricte des compétences des sages-femmes et des obstétriciens, a permis de conserver un taux très élevé de naissances à la maison, plus de 30%. Avec 20% de naissances en régime polyclinique, c'est-à-dire pratiquement sans utilisation de moyens techniques, l'accouchement dit physiologique représente plus de la moitié des accouchements néerlandais. Cette comparaison entre les deux pays nous permettra d'apprécier le degré de convergence entre les différentes positions exprimées en France et montrer à quel point la définition du problème et de ces solutions est conditionnée par l'organisation existante et les formes de relation nouées entre les différents professionnels. Autrement dit, transformer la manière dont le risque périnatal est envisagé et géré suppose de redéfinir les compétences des uns et des autres et les formes de coordination entre ces acteurs, de même que cela suppose de considérer différemment l'accouchement et la place qu'y tiennent toutes les techniques de diagnostic et de surveillance : la gestion administrative des moyens matériels et humains ne peut être si facilement détachée de l'organisation proprement médicale.

La politique du rapport "Papiernik" : redéployer les moyens techniques et humains

Le premier rapport, publié en janvier 1993, part de ce qui est considéré comme un constat, à savoir les mauvaises performances périnatales françaises. Pourquoi, malgré des efforts constants depuis plusieurs décennies, la France n'arrive-t-elle pas à obtenir des niveaux de sécurité pour la mère et l'enfant comparables à ceux des autres pays européens ? Pour expliquer cette anomalie, les rédacteurs du rapport s'appuient sur une série d'enquêtes épidémiologiques, la plupart menées par l'INSERM. Toutes montrent du doigt des défauts dans l'organisation des soins et la prise en charge des cas difficiles : ainsi, d'après un comité d'experts qui a analysé une quarantaine de cas de décès maternels, le décès de la mère était évitable dans près de deux cas sur trois³. Les experts mettent en cause un retard au diagnostic, ou un retard à la réalisation du traitement approprié : ces retards seraient eux-mêmes liés à deux facteurs principaux, la rareté des cas gravissimes qui se traduit par une faible expérience des praticiens en la matière, et le fait que dans un certain nombre de maternités, faute d'un système de garde qui assurerait la présence en permanence d'un obstétricien, le diagnostic repose sur les seules épaules de la sage-femme qui, du point de vue des experts, n'a pas été formée pour traiter ces cas pathologiques mais seulement les grossesses et accouchements normaux.

Ce résultat est mis en parallèle, par le haut comité à la santé publique, avec la description des ressources en personnel médical dans les maternités. Ce tableau

³ (Bouvier-Colle, et al., 1994)

montre que, par rapport à une norme établie en 1984 à l'initiative du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la plupart des maternités disposent de ressources insuffisantes en personnel, et ceci tout particulièrement dans les petites maternités : notons que la sécurité apparaît donc une propriété des lieux, ceux-ci caractérisés par l'accumulation des moyens techniques et humains qui s'y trouvent réunis. Il y a des établissements, en général de grande taille, richement dotés dans lesquels les parturientes sont en sécurité quelle que soit la gravité de leur pathologie, et d'autres établissements, plutôt petits, dans lesquels même une femme qui n'a montré jusque là aucun signe pathologique se trouve en état d'insécurité.

Poursuivant leur investigation, les auteurs du rapport notent que l'insuffisance constatée n'est pas une insuffisance absolue mais est liée à la dispersion des effectifs dans de petites structures éparpillées sur tout le territoire. Autrement dit, à condition de concentrer les naissances dans des établissements de plus grande taille, les économies d'échelle permettent d'assurer dans chaque maternité un nombre suffisant de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes et de pédiatres néonatalogues, tous spécialistes dont la disponibilité en continu est, selon les auteurs, nécessaire pour assurer la sécurité de la naissance.

À partir de là, toutes les autres considérations ne vont venir que renforcer ce point de vue : ainsi, l'entraînement aux cas difficiles est plus important dans les grandes structures car celles-ci ont statistiquement plus de chances d'avoir à en traiter que les petites structures. Par un simple effet de taille, se trouve de la sorte postulée une répartition inégale des compétences requises en situation d'urgence : les praticiens des grands établissements sont supposés être capables de poser plus vite le bon diagnostic et d'effectuer les gestes adéquats. Cette disponibilité de personnel compétent va de pair avec des moyens techniques importants : bloc chirurgical à proximité, service de réanimation pour la mère et pour l'enfant, banque de sang, moyens qu'il n'est pas raisonnable d'envisager pour de petites maternités.

De façon prévisible, le rapport conclut à la nécessité de restructurer le service français des maternités et, entre autres, de fermer les établissements réalisant moins de 300 accouchements par an, établissements qui représentent, en nombre, le sixième des maternités françaises.⁴ Cette fermeture, placée dans la continuité des politiques passées qui ont permis d'élever les performances périnatales⁵, doit déboucher sur une réallocation plus satisfaisante des moyens techniques et humains, c'est-à-dire globalement sur une élévation du niveau de technicité dans les maternités.

Au travers de cette analyse, nous voyons se profiler une première définition de l'accouchement et des facteurs propres à assurer sa sécurité : "L'obstétrique est une activité d'urgence, les accouchements ne sont pas programmés et les

⁴ (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993), on notera par ailleurs que 31% de maternités font moins de 450 accouchements par an (ce qui représente 11% des naissances), alors que 12% des maternités font plus de 1500 accouchements et représentent 31% des naissances.

⁵ Le rapport cite le décret Dienesh de 1972, qui avait conduit de 51,7% des maternités.

complications obstétricales encore moins” annonce le rapport. Tout accouchement comporte des risques, et est susceptible de déboucher sur la pathologie : il n’y a aucun moyen de savoir à l’avance s’il se déroulera normalement ou non. Tout au plus peut-on prévoir que tel accouchement doit être entouré de soins particuliers, comme lorsqu’il intervient de façon prématurée ou qu’un retard de croissance du fœtus a été détecté ; dans ce cas-là, il est opportun d’orienter tout de suite la parturiente vers un établissement disposant d’un service de réanimation néonatale plutôt que de transférer le nouveau-né : des études ont montré que les décès et les séquelles étaient beaucoup moins importants lorsque cette procédure est appliquée. Mais cela ne signifie en aucun cas que l’on puisse traiter les autres accouchements à la légère ; I. Nisand, soutenant la politique de restructuration proposée par le rapport, offre un raccourci saisissant de ce qui peut en être considéré comme la philosophie :

“un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l’on dispose 24 heures sur 24 d’un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle de naissance). De la même manière, il faut que les accouchements se passent à un endroit où l’on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre.”⁶

La réforme proposée se situe donc au carrefour entre deux logiques, une logique médicale qui s’appuie sur une conception de l’accouchement comme situation d’urgence à risques, et une logique économique, un peu implicite dans le rapport, qui commande d’allouer le mieux possible les ressources existantes.

La contre-attaque : les facteurs qualitatifs contre les facteurs quantitatifs

Ce rapport a provoqué une vive réaction de la part des personnels des petits établissements visés par la restructuration proposée qui se sont appuyés sur diverses associations, Fédération nationale des maternités des hôpitaux publics de proximité, Fédération des usagers des hôpitaux publics, pour organiser une riposte.

Ces différents acteurs vont essayer de démonter un à un les arguments du rapport, tout d’abord en montrant que les performances françaises médiocres ne sont peut-être pas aussi catastrophiques qu’on veut bien le dire ; puis, ils s’attachent à défaire le lien établi dans le rapport entre niveau de sécurité et taille des structures hospitalières ; enfin, ils contestent la rationalité économique de cette restructuration.

L’enquête réalisée par l’INSERM sur les morts maternelles et sur laquelle s’appuyaient les auteurs du rapport fait l’objet de critiques méthodologiques⁷ : la durée de l’enquête, quatre mois, serait trop courte pour être statistiquement

⁶ (Nisand, 1994)

⁷ (Legrand, 1994)

représentative, d'autant qu'il s'agissait d'une période hivernale pendant laquelle la mortalité est plus élevée. Par ailleurs, les chiffres de mortalité incluraient des décès consécutifs à des interruptions volontaires de grossesse et des décès de femmes étrangères qui n'ont pas été suivies en France durant leur grossesse, qu'elles soient arrivées tardivement en France, ou qu'en situation irrégulière, elles n'aient pas osé se mettre en rapport avec les établissements de santé. J. Legrand, le démographe qui s'est livré à cette analyse critique, conclut que, pour évaluer les performances du système de soins français, il ne faut prendre en considération que les données concernant les femmes françaises : après correction, il obtient un taux de mortalité maternelle avoisinant les 11 sur 100 000 naissances, ce qui placerait la France dans la bonne moyenne des pays développés.

Par ailleurs, quoi qu'on pense même de cet indicateur corrigé, les petites structures ne peuvent être tenues pour responsables d'une quelconque surmortalité périnatale. Tel est du moins le point de vue que s'efforcent de faire valoir les opposants à la restructuration : la Basse-Normandie fait dans cette perspective figure de région-vedette, car elle est en tête des régions françaises pour les performances périnatales alors qu'elle ne comporte que des petites maternités⁸. De manière plus générale, aucun indicateur ne permet d'établir de relation entre la taille de l'établissement et son niveau de sécurité. L'académie de médecine vient même apporter son concours sur ce point : à l'initiative du Professeur Sureau⁹, un groupe de travail est constitué pour étudier l'urgence obstétricale et conclut de la même manière en insistant sur les difficultés méthodologiques ; pour évaluer les performances des maternités, il faudrait pouvoir prendre en compte l'origine socio-culturelle de la clientèle, car, sur ce chapitre comme sur beaucoup d'autres, les populations défavorisées concentrent les pathologies. De même, les données quantitatives sur les moyens techniques et humains sont insuffisantes pour apprécier le niveau de sécurité : l'interne inexpérimenté du CHU est ici opposé à l'obstétricien chevronné d'une petite maternité qui sait faire face à toutes les situations. Plus encore, la fermeture des petites structures devrait entraîner une dégradation des performances : l'hypermédicalisation qui règne souvent dans les grands centres va de pair avec un interventionnisme plus grand qui lui-même est un facteur de risques ; dans des régions peu denses ou d'une accessibilité réduite, l'accroissement des distances entre les domiciles des femmes et les maternités augmente là encore les risques d'accident.¹⁰

Enfin, si les gestionnaires s'imaginent faire faire des économies à la sécurité sociale ou à l'Etat en fermant les petites maternités, ils font preuve d'une incroyable myopie : certes, le montant global des frais fixes liés à l'existence du tissu hospitalier français devrait baisser, mais cette diminution pourrait bien être compensée par l'augmentation des frais d'ambulance et celle des journées

⁸ (Legrand et Muszynski, 1994)

⁹ (Sureau, 1995)

¹⁰ L'accident survenu à la Mure est venu à point nommé soutenir cette argumentation : trois mois après la fermeture de la maternité de la Mure (Isère), un fœtus est décédé in utero lors du transfert de la mère à l'hôpital de Grenoble.

d'hospitalisation supplémentaires rendues nécessaires par prévention pour des femmes à risques, éloignées des centres hospitaliers. Sans même parler des indemnités de chômage des personnels licenciés que la collectivité sera bien obligée de prendre en charge. Autrement dit, la restructuration n'est rentable qu'en ignorant les externalités négatives qu'elle produit.

Aux principaux arguments mis en avant par le rapport officiel, les opposants répondent point à point en démontant les raisonnements de leurs adversaires et en avançant d'autres arguments. Les désaccords sont profonds sur la liste des conditions nécessaires à la sécurité de la naissance : à l'abondance quantitative des moyens techniques et humains préconisés par le rapport, les opposants opposent des facteurs qualitatifs tels le professionnalisme, l'expérience, la proximité. Mais l'analyse des désaccords qui existent entre les différents acteurs en présence ne doit pas nous aveugler sur l'étendue de leur accord implicite. Un certain nombre de points ne sont jamais contestés, parmi lesquels l'idée de l'accouchement comme situation à risques qui nécessite un environnement médicalisé : tous les acteurs sont par exemple d'accord pour considérer que l'accouchement à domicile n'est pas en France chose possible ; ils insistent sur les spécificités des Pays-Bas, qui vont de la complexion des femmes hollandaises, à la platitude du relief, jusqu'aux mythiques ambulances censées attendre au pas de la porte de chaque parturiente¹¹. Plus encore, l'épouvantail de l'accouchement à domicile est agité par les opposants à la restructuration : "si vous allez au bout de vos projets, vous allez encourager l'accouchement à domicile de femmes qui ne veulent pas aller à 80km de chez elles pour mettre au monde leur enfant" tel est en substance le message.

Cette conception va subir une légère inflexion dans le second rapport, commandité par le gouvernement à la suite des polémiques soulevées par le premier : s'agit-il d'un tournant décisif pour l'avenir de l'obstétrique en France ? Nous nous efforcerons de montrer, en particulier au travers de l'exemple néerlandais, qu'au delà des conceptions qui s'expriment dans les différents discours, toute transformation de l'obstétrique passe par des transformations très importantes des pratiques et des formes d'organisation.

Le réseau : une nouvelle conception de la sécurité ?

Dans sa lettre de commande, le ministre de l'époque, Bernard Kouchner, situe les travaux du comité dans une "perspective globale" qui considère ensemble la grossesse et l'accouchement, qui prenne en compte l'ensemble des acteurs concernés, et qui, au delà de la dimension sécurité intègre "les dimensions psychoaffective, économique et culturelle". Il demande explicitement à ce que le travail débouche sur des scénarios alternatifs "incluant une hiérarchisation des maternités et leur organisation en réseau." C'est autour de cette notion de réseau que le rapport final du comité va réouvrir l'éventail des choix possibles.

À première vue cependant, ce nouveau texte n'est pas fondamentalement différent du précédent. L'accouchement y apparaît encore comme un processus

¹¹ Cette idée, qui ne correspond apparemment à rien de réel est incroyablement répandue en France : elle nous a été citée un nombre incalculable de fois par nos interlocuteurs français.

hautement risqué, ce qui, aux yeux des auteurs, justifie la présence sur place de praticiens spécialisés (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres). Les auteurs insistent sur la rapidité des interventions nécessaires en cas d'urgence : dans la phase d'expulsion, la détresse fœtale pourrait conduire en moins de cinq minutes à la mort de l'enfant. La nécessité d'une garde sur place de spécialistes condamne à courte échéance les petites structures qui ne peuvent se payer ce luxe de précautions.

Mais, à l'inverse, les auteurs considèrent impossible de concentrer toutes les naissances dans de grands établissements effectuant plus de 1500 accouchements par an : trop de facteurs historiques, géographiques, humains, organisationnels militent contre cette solution. D'où l'idée, déjà exprimée dans la lettre de commande du ministre, de hiérarchiser les établissements en fonction du niveau des soins spécialisés : ainsi, on distingue les maternités de type I, capables de prendre en charge les grossesses sans facteur de risque périnatal, les maternités de type II, qui, disposant d'un service de pédiatrie néonatale, peuvent suivre "les grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveaux-nés nécessitant des soins de niveau III"¹², et les maternités de type III qui comprennent une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale et peuvent donc à ce titre s'occuper des grossesses à haut risque.

De fait, cette hiérarchisation repose sur l'idée qu'il est possible a priori de qualifier le niveau de risque associé à telle ou telle grossesse ; il demeure toujours une incertitude qui exige la présence constante de spécialistes, mais cette incertitude est circonscrite. Toute la question est alors de savoir comment organiser la détection du risque et coordonner les différents établissements qui deviennent complémentaires les uns des autres. Le concept de réseau est présenté comme une réponse à ce problème : il s'agira d'établir des conventions à l'échelle régionale entre les établissements de type I et de type II, conventions dont l'objectif est la mise au point de protocoles partagés par les deux institutions. Ces protocoles visent aussi bien les facteurs médicaux — conduite à tenir en face telle ou telle pathologie — les facteurs psycho-sociaux, les situations d'urgence, les problèmes d'organisation comme ceux liés aux transferts de la mère ou de l'enfant. L'insistance mise sur les relations entre les maternités de niveau intermédiaire et les maternités de proximité, voire sur les praticiens de villes, montre bien que le terme de hiérarchisation n'est pas un vain mot : les grandes structures ne disposent pas simplement de moyens techniques et humains plus conséquents, mais elles sont supposées détenir un stock de connaissances et une capacité d'expertise plus larges que les petits établissements, ce qui justifie le rôle de la maternité dite "de référence" qui apporte "conseil technique, soutien et appui technique, formation et mise à niveau des connaissances"¹³.

Il s'agit donc bien d'une inflexion dans les positions exprimées par le comité (dont la composition a changé entre les deux rapports) et non d'une volte-face : un compromis entre les préconisations du premier rapport et les opinions des opposants à la restructuration est tenté au travers de la notion de réseau qui

¹² (Haut Comité de la Santé Publique, 1994), p.123.

¹³ (Haut Comité de la Santé Publique, 1994), p.123-124.

permet de sauver certaines petites structures (qui font cependant plus de 300 accouchements par an) en les intégrant dans une organisation plus large. Ce compromis s'appuie sur l'hypothèse que l'on peut faire une évaluation a priori des risques encourus par telle ou telle parturiente. Cette idée est précisément celle qui organise en profondeur la pratique obstétricale néerlandaise depuis des décennies : nous allons voir dans la suite comment aux Pays-Bas, les acteurs ont su pousser cette philosophie jusqu'à un point extrême. Et nous nous demanderons en particulier en quoi la nouvelle perspective française se rapproche ou pas des conceptions et des pratiques néerlandaises.

La sécurité aux Pays-Bas : gérer le risque par l'organisation

Les praticiens néerlandais ne disent pas simplement que les risques sont dans une large mesure prévisibles pour chaque personne, ils affirment avec force le caractère physiologique de l'accouchement. Autrement dit, ceci signifie que, de leur point de vue, pour une proportion importante de la population, la grossesse et l'accouchement ne supposent pas d'intervention médicale particulière. Toute l'organisation néerlandaise est basée sur ce postulat qu'il est possible de séparer sans ambiguïté les situations normales des situations pathologiques ou à risques, et que, dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que les accouchements normaux se déroulent dans un lieu non médicalisé, comme le domicile des futurs parents. De façon significative, la charge de la preuve se trouve inversée par rapport au cas français : alors qu'en France, on ne peut qualifier un accouchement de normal qu'après son achèvement, on ne peut aux Pays-Bas considérer qu'une situation est pathologique qu'au vu d'arguments solides. Ces différences de conception se traduisent par des pratiques très contrastées¹⁴ : ainsi, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, utilisé en France de façon quasi-systématique et permanente durant l'accouchement, n'est installé aux Pays-Bas qu'en cas de pathologie avérée, car les praticiens considèrent qu'une utilisation systématique conduit à classer comme pathologiques des accouchements qui ne le sont pas et, par voie de conséquence, induit des interventions injustifiées, en elles-mêmes pathogènes.¹⁵ Ces pratiques débouchent de fait sur des taux de césariennes qui vont presque du simple (Pays-Bas : 8%) au double (France). Nous ne nous attarderons pas davantage sur ces aspects pour nous concentrer sur la question des formes d'organisation qui permettent de gérer le risque et d'orienter correctement les femmes, point qui nous semble crucial pour comprendre ce qu'impliquerait une réforme du système français.

Ici, donc, la sécurité n'est pas attachée comme en France au lieu et à la quantité de moyens qui s'y trouvent accumulés, mais réside dans le couplage approprié

¹⁴ pour plus de détails, voir : (Akrich et Pasveer, 1996)

¹⁵ La difficulté vient du fait que le rythme cardiaque et de ses anomalies ne semble pas un indicateur très sûr de l'état de l'enfant : un bon rythme est en principe associé à un enfant en bonne condition, alors qu'un "mauvais" rythme peut être associé à une détresse fœtale comme à un enfant en bonne condition. Le rythme cardiaque est surveillé aux Pays-Bas par l'intermédiaire d'un genre de stéthoscope, l'écoute est intermittente et ne fait l'objet d'aucun enregistrement.

entre une femme particulière et un lieu : un accouchement normal sera plus sûr à la maison où le minimum de perturbations et d'interventions sont à craindre, alors qu'un accouchement pathologique ne peut se dérouler en sécurité qu'à l'hôpital. Toute la question est alors de savoir comment est gérée cette frontière entre physiologie et pathologie. L'ensemble du système néerlandais est articulé autour d'un dispositif de coordination d'une grande simplicité, la liste d'indications obstétricales (Verloskundige Indicatie List, VIL) : ce document fait l'inventaire d'un certain nombre de maladies ou de troubles divers qui peuvent faire partie du passé médical et obstétrical de la femme enceinte, ou qui sont susceptibles de se déclarer lors de la présente grossesse, lors de l'accouchement ou en post-partum. Sans entrer dans les détails, l'on peut dire que cette liste représente le point d'arrêt établi vers les années 60 des débats de l'époque entre tenants de l'accouchement physiologique et partisans de la médicalisation. Dès 1941, il avait été décidé que seuls seraient remboursés par la sécurité sociale les soins dispensés par une sage-femme, sauf en cas de pénurie de sages-femmes ou de pathologies justifiant l'intervention d'un spécialiste. Dans les années 1960, une mortalité périnatale élevée a failli remettre en cause ce système, qui n'a survécu que grâce aux efforts considérables du Professeur Kloosterman, professeur de gynécologie à l'université d'Amsterdam et directeur de l'école des sages-femmes d'Amsterdam. Cette controverse déboucha en particulier sur la VIL, comme procédure institutionnalisée et officielle de sélection des grossesses et des accouchements à risque et alternative à une hospitalisation générale de toute l'obstétrique.

La VIL classe les troubles qu'elle recense en trois catégories, A, B et C. Si une femme souffre d'un trouble classé A dans la VIL¹⁶, elle sera suivie par une sage-femme de la même manière que n'importe quelle femme normale. Elle peut choisir d'accoucher à la maison ou à l'hôpital (polyclinique) : dans un accouchement dit "de polyclinique", la femme accompagnée de sa sage-femme vient à l'hôpital juste avant la fin de l'accouchement ; elle sort dans les 24 heures après son arrivée, et elle ne doit avoir eu besoin d'aucun soin continu spécialisé durant l'accouchement ou immédiatement après celui-ci. La sage-femme assume l'entière responsabilité de l'accouchement, et elle ne peut, pas plus qu'à la maison, recourir à aucun des dispositifs techniques inévitables en France (monitoring, perfusion, péridurale etc.).

Dans le cas des troubles classés B - problèmes cardiaques, anémie, troubles psychiatriques, antécédent de mort in utero ou périnatale, primipare de plus de 35 ans, multipare de plus de 40 ans etc. - la sage-femme doit consulter un obstétricien ou envoyer sa cliente à une consultation obstétricale et au vu des résultats, elle décide soit de continuer à suivre la femme, soit de la "référer" à un spécialiste pour la suite de la grossesse et l'accouchement. Dans le cas où la femme est suivie par un spécialiste, elle ne peut plus choisir son lieu d'accouchement qui est nécessairement l'hôpital.

Quant aux troubles classés C - antécédents de césarienne, diabète, terme dépassé, grossesse multiple, signes de détresse fœtale, absence de progression

¹⁶ Par exemple un antécédent de forceps lors d'un précédent accouchement, une hernie discale antérieure à la grossesse, une hépatite Bs-Ag...

du travail, etc.- ils impliquent que la sage-femme confie obligatoirement sa cliente à l'obstétricien.

Notons qu'à tout moment, même lors de l'accouchement, la sage-femme peut et doit réorienter la femme vers l'obstétricien si la situation l'exige ; ce qui signifie qu'il n'y a pas d'opposition comme c'est le cas en France entre l'hôpital et le domicile, mais une continuité forte. L'accouchement à domicile n'est d'ailleurs autorisé que s'il existe un hôpital à moins d'une demi-heure.

Le fonctionnement du système néerlandais se caractérise donc par une séparation très stricte entre situation normale et situation pathologique, séparation qui est inscrite dans les professions — les sages-femmes ne traitent que des cas normaux, les obstétriciens que des cas pathologiques — , et recoupée dans la répartition des moyens techniques qui diffèrent radicalement entre les deux situations. Elle se trouve de plus en partie installée dans les lieux, puisque même dans le cas où des accouchements normaux et pathologiques se déroulent en milieu hospitalier, ils sont désignés par des termes spécifiques "polyclinique" / hôpital qui marquent la coupure radicale qui les sépare. La frontière est gérée par la VIL qui qualifie les pathologies et règle l'orientation des femmes. Notons que la décision appartient à la sage-femme : dans les cas de type B, elle consulte un médecin qui, seul, a accès aux moyens techniques de diagnostic, mais en principe elle doit revoir la cliente munie de ce diagnostic et c'est elle qui choisira soit de garder la cliente soit de la confier à l'obstétricien. La hiérarchisation des professions et des savoirs est, sinon absente, du moins beaucoup plus faible qu'en France : les sages-femmes revendiquent un savoir-faire spécifique concernant les accouchements normaux. Elles n'ont que leurs mains, quelques petits instruments, leurs sens, leurs compétences sociales et leurs compétences techniques définies comme la capacité à n'agir qu'en cas de "réelle" nécessité, et cette relative pauvreté de moyens définit en creux l'importance des savoir-faire incorporés que les obstétriciens, confrontés majoritairement à la pathologie, ne possèdent pas.

Bien sûr, cette répartition des compétences n'est pas sans générer quelques conflits entre sages-femmes et obstétriciens : ces derniers contestent par exemple le fait que ce soit la sage-femme qui décide de l'orientation des cas-limites ; à l'inverse, les sages-femmes considèrent qu'une primipare de plus de 35 ans devrait, en l'absence de pathologies, être suivie par une sage-femme sans même avoir besoin d'en référer à un obstétricien ; de même, elles critiquent la tendance des obstétriciens à garder les femmes qui ont été enceintes grâce aux techniques de procréation assistée. Le système n'a probablement pu perdurer que grâce au soutien fort du gouvernement à l'égard des sages-femmes, et au fait que la décision d'accoucher dans un environnement médicalisé ou non médicalisé n'appartient pas à la femme : il est très difficile aux Pays-Bas d'obtenir une péridurale sans pathologie, tout comme il est difficile en France d'accoucher sans monitoring, ni perfusion. Si le système néerlandais n'est pas menacé à court terme, une tendance se dessine sur la longue durée qui semble

orienter toujours plus de femmes vers les hôpitaux, tendance qui paraît renforcée par l'apparition de la péridurale.¹⁷

L'exemple néerlandais a pour l'analyse du cas français un certain nombre de vertus : il démontre à l'évidence que les présupposés sur lesquels réformateurs et anti-réformateurs français s'accordent peuvent être remis en cause par une organisation et une pratique différentes ; l'accumulation des moyens techniques n'est pas une garantie de performances et de sécurité. Par ailleurs, il conteste assez fortement l'idée d'une hiérarchie indispensable entre les intervenants qui ont à gérer les accouchements normaux et ceux qui s'occupent de la pathologie : la définition même de l'obstétrique s'en trouve transformée ; l'obstétrique française inclut, avec des conséquences importantes sur les formes de suivi et sur les taux d'intervention, les cas qui relèvent aux Pays-Bas de la physiologie d'un côté et de l'obstétrique proprement dite de l'autre. Enfin, il montre que l'on ne peut séparer les éléments médicaux des éléments organisationnels au sens large : l'organisation néerlandaise est définie à la fois par la répartition des compétences qu'elle instaure entre les professionnels, par la répartition des moyens techniques, par le système de couverture sociale, par la liste d'indications qui gère l'articulation entre les différentes sphères, tous éléments qui performant une certaine définition de l'accouchement. À la lumière de cet exemple, les mesures préconisées dans le rapport français, et tout particulièrement la notion de réseau, apparaissent comme une coquille vide dont l'effectivité et l'efficacité résideront principalement dans les modalités concrètes établies par les acteurs et par lesquels ils aménageront leur coordination. Le fait que ces discussions soient envisagées à un niveau local laisse entrevoir la diversité des aménagements auxquels elles vont conduire. En ce sens, il n'est pas évident que l'inflexion notée dans le second rapport conduise à un remodelage profond de l'obstétrique française.

Références bibliographiques

AKRICH (Madeleine) et PASVEER (Bernike) - *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.* - Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1996.

BOUVIER-COLLE (M.-H.) , VARNOUX (N.) et BRÉART (G.) - *Les morts maternelles en France.* - Paris : Éditions de l'INSERM, 1994.

GROUPE D'ANIMATION ET D'IMPULSION NATIONAL. - *L'obstétrique en France. Enquête 1991.* - Paris : CNAM-ENSM, 1993.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. - *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité.* - Paris : Editions de l'ENSP, 1994.

¹⁷ Cette analgésie très utilisée dans la plupart des pays occidentaux exige que l'accouchement ait lieu à l'hôpital sous la surveillance d'un obstétricien et avec le concours d'un anesthésiste.

LEGRAND (Jean). - Analyse et critique d'un rapport sur la mortalité maternelle. - In : «*Les dossiers de l'Obstétrique*». - , 1994, pp. p. 4-5.

LEGRAND (Jean) et MUSZYNSKI (Casimir) - Naissance en zone non urbaine. Maternité de proximité. L'état des lieux. - In : «*Les dossiers de l'Obstétrique*». - , 1994, pp. p. 4-7.

NISAND (Isaac). - Démédicaliser ou humaniser? - In : «*Les dossiers de l'Obstétrique*». - , 1994, pp. p. 15.

SUREAU (Claude) - Rapport du groupe de travail de l'Académie sur l'urgence obstétricale. - In : «*Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000 ?*». - séminaire Euroforum, 1995.

Résumé

La sécurité de la naissance a fait ces dernières années l'objet de vifs débats en France. À l'occasion des deux rapports demandés au haut comité de la santé publique, on note une inflexion dans les conceptions françaises en matière de risque : l'on passe ainsi de la sécurité comme accumulation des moyens techniques et humains à la sécurité comme capacité de détection des risques et d'orientation des femmes sur tel ou tel établissement en fonction des risques encourus. S'appuyant sur l'organisation néerlandaise de la naissance qui est basée sur cette idée de sélection, l'article se propose de caractériser ces différentes conceptions de la sécurité et leurs conséquences, d'évaluer l'importance des réformes envisagées en France et de préciser les conditions nécessaires à leur réalisation.